

Démarche : CPAM 24 - DAP ORTHOPHONISTES

Organisme : GSI

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Cette démarche permet aux orthophonistes d'adresser à la caisse primaire d'assurance maladie les demandes d'accord préalables en cas de bilan pour le renouvellement des séances.

ORGANISME D'AFFILIATION DU BENEFICIAIRE

Le bénéficiaire des soins dépend de cet organisme

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 24 - CPAM DE LA DORDOGNE

☐ Section locale mutualiste de DORDOGNE

IDENTITE DE L'ORTHOPHONISTE

N° identification Assurance Maladie du PS [Avec clé]

Nom de l'orthophoniste

N° de téléphone de l'orthophoniste

IDENTIFICATION BENEFICIAIRE

Numéro de sécurité sociale

Afin que nous puissions identifier le bénéficiaire des soins de manière formelle, renseigner ici le numéro de sécurité sociale. Format attendu : Numéro + clé (15 caractères)

Le bénéficiaire de la Demande d'Accord Préalable orthophoniste est

CPAM 24 - DAP ORTHOPHONISTES

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ L'assuré
- ☐ Son conjoint
- ☐ Un enfant
- ☐ Un autre bénéficiaire

Nom et prénom du bénéficiaire des soins

Date de naissance du bénéficiaire

DÉPOT DES DOCUMENTS

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre le volet A de la Demande d'Accord Préalable (format PDF ou photo)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre la prescription médicale (format PDF ou photo)

ENGAGEMENT

Je conserve les originaux que je m'engage à fournir aux services de l'Assurance Maladie sur demande

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

En cochant cette case je certifie l'exactitude des données renseignées et déposées

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non